

Comment reconnaître un composé de matière animale
et d'une préparation de mercure?

N° 61.

Toutes les glandes ont-elles la même structure?

Etablir le diagnostic différentiel des tumeurs du poignet.

Des complications de la syphilis.

FRACTURE COMMINUTIVE DE LA JAMBE DROITE

SUIVIE DE QUELQUES CONSIDÉRATIONS PRATIQUES.

Questions et Thèse inaugurale

PRÉSENTÉES ET PUBLIQUEMENT SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER, LE 19 JUIN 1838,

PAR

JULES JOURDAIN,

de LANGRES (Haute-Marne),

Chirurgien Aide-Major au 14^e Régiment de ligne,

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.



*Satiùs est enim anceps auxilium experiri quàm
nullum.....*

(Vid. A.-Corn. CELSI, de Medicinâ.)

MONTPELLIER

Chez JEAN MARTEL aîné, Imprimeur de la Faculté de Médecine,

rue de la Préfecture, 10.

1838

1917

Handwritten notes and scribbles in the top right corner.

THE NATIONAL ARCHIVES

Statement of Affairs

For the year ending 31st March 1917

Balance forward

Total



THE NATIONAL ARCHIVES

Statement of Affairs

AUX MANES

DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE.

Regrets éternels !....



A MON PARENT,

MONSIEUR

J. - J. VIREY,

Docteur en médecine,

Membre titulaire de l'Académie royale de médecine,

Officier de la Légion d'honneur, etc.

Respect et reconnaissance.

J. JOURDAIN.

Digitized by Google

THE HISTORY OF THE

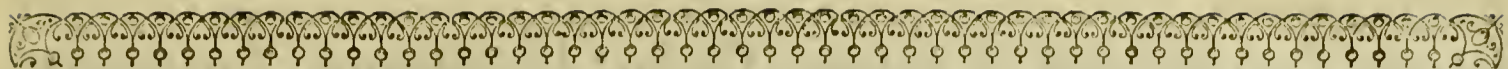
REPUBLIC OF THE UNITED STATES



Digitized by the Internet Archive
in 2016

Digitized by Google

<https://archive.org/details/b22361893>



PREMIÈRE QUESTION.

*Comment reconnaître un composé de matière animale
et d'une préparation de mercure?*

Si toutes les substances animales étaient pourvues d'azote, il serait très-facile de les distinguer des substances végétales ; l'action du feu principalement donnerait des produits très-différents dans l'un et l'autre cas. Mais on sait très-bien aujourd'hui que ce n'est plus là un caractère essentiel ; on sait que le gluten, qui est végétal, est azoté, et que la graisse, qui est animale, ne l'est pas. Dans cette détermination, les caractères physiques, l'aspect, la consistance, etc., de la matière, serviront très-souvent beaucoup plus que les caractères chimiques.

Pour reconnaître une préparation mercurielle mélangée à des matières organiques, il faut d'abord décomposer ces matières, en faisant agir sur le tout l'acide nitrique (l'action de cet acide nous permettra de constater si la matière est ou non azotée) : la liqueur étendue d'eau et filtrée renfermera le mercure à l'état de nitrate de bioxide.

Pour l'y découvrir, ce qu'il y a de mieux à faire, c'est de saturer presque complètement la liqueur par l'ammoniaque et d'y plonger une petite lame de cuivre décapé : il se déposera sur la surface du cuivre une couche de mercure qui la blanchira. On pourrait faire usage d'une foule d'autres réactifs, tels que l'hydro-ferro-cyanate de

potasse, l'eau de chaux, la potasse, l'iodure de potassium, l'ammoniaque, l'acide hydro-sulfurique, le proto-chlorure d'étain, la pile de Smithson : cette pile est formée d'une lame d'or et d'une lame d'étain.

Ces essais, ayant déjà constaté la présence d'un sel mercuriel, ne doivent pas être regardés comme suffisants ; pour prononcer avec certitude, il faudrait encore reconnaître le mercure coulant. Après avoir précipité complètement la liqueur par le proto-chlorure d'étain, par exemple, il faudrait sécher parfaitement ce précipité et le mêler avec un peu de potasse caustique et de charbon. Ce mélange serait introduit dans un tube fermé à l'une des extrémités ; cela fait, on effilerait l'extrémité libre du tube à la lampe à émailleur, et on chaufferait ensuite l'extrémité fermée jusqu'à ce que le tube devînt rouge : alors le mercure se volatiliserait et serait chassé dans l'extrémité rétrécie du tube.

DEUXIÈME QUESTION.

Toutes les glandes ont-elles la même structure ?

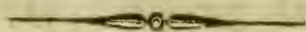
Tant d'organes différents ont été désignés sous le nom de glandes, qu'il est utile, je crois, de dire ce que j'entends par ce mot : c'est à Béclard (*Anatomie générale*) que j'en emprunterai la définition. Les glandes sont des organes de forme obronde, lobuleux, ayant beaucoup de vaisseaux et de nerfs, et pourvus de conduits excréteurs ramifiés, qui aboutissent aux membranes tégumentaires et y versent un liquide sécrété. Les glandes les plus parfaites sont les lacrymales, les

parotides, les maxillaires, les sublinguales, le pancréas, le foie, les reins, les testicules, les ovaires et les mamelles; viennent ensuite les amygdales, la prostate et les glandes de Cowper: ces dernières ont principalement reçu le nom de follicules ou cryptes. On voit par cette énumération que, quoique partageant une fonction générale, celle de sécréter certains fluides dont le sang fournit les matériaux, les glandes remplissent une fonction particulière, c'est celle de sécréter une humeur qui leur est propre. Or, cette fonction, différente pour chacune d'elles, ne doit-elle pas aussi apporter des différences dans leur structure et leur organisation? C'est ce qui est en effet. A l'intérieur, les unes sont lobées et lobulées, comme les lacrymales, les salivaires, le pancréas; les mamelles le sont moins distinctement, les testicules le sont d'une autre manière, les reins le sont seulement dans le fœtus, le foie n'est lobé qu'à l'extérieur. Dans les premières, les lobules paraissent formés de particules très-petites, mais semblables et blanchâtres; dans le foie et dans les reins, on trouve deux substances de couleur différente, disposées par couches dans les reins et mêlées à la manière du granit dans le foie (Béclard, *ouvrage cité*). Malpighi voulait que chacun des grains glanduleux pût être considéré comme un follicule, et chaque glande comme une conglomération de follicules aboutissant à un canal excréteur commun. Suivant Ruisch, au contraire, ce qu'on a appelé grains glanduleux consiste uniquement dans des entrelacements de vaisseaux fins, dans lesquels les artères se continueraient en canaux excréteurs. Quoi qu'il en soit de ces deux opinions, dans chacune desquelles il y a peut-être quelque chose de vrai, je dirai avec Béclard que la texture des glandes résulte de la réunion intime des conduits excréteurs, ramifiés avec des vaisseaux sanguins, lymphatiques et des nerfs situés dans leur intervalle, divisés et terminés dans leur épaisseur, le tout réuni par du tissu cellulaire et enveloppé de membranes.



TROISIÈME QUESTION.

Etablir le diagnostic différentiel des tumeurs du poignet.



Bien souvent confondues sous le nom de ganglions, les tumeurs qui avoisinent l'articulation radio-carpienne peuvent être dues à des causes diverses; ainsi, elles dépendent quelquefois de l'accumulation de la synovie dans une poche herniaire que forme la membrane synoviale articulaire, en s'échappant à travers un écartement des ligaments de l'articulation, sous l'influence d'une arthrite avec épanchement, ou à la suite d'une violence extérieure, telle qu'une entorse. On reconnaît la nature de ces tumeurs en faisant placer le malade de manière que la cavité articulaire se trouve dans une situation déclive, relativement à la tumeur; si l'on presse alors modérément sur celle-ci, on la fait promptement disparaître, en déterminant le reflux du liquide qu'elles contiennent, dans l'intérieur de l'articulation.

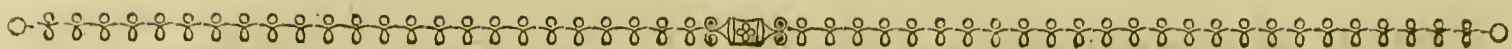
Dans d'autres circonstances, les bourses muqueuses des tendons qui avoisinent l'articulation, s'enflamment et viennent former une tumeur oblongue, plus ou moins volumineuse, plus ou moins apparente, accompagnée d'une douleur généralement peu aiguë, d'un sentiment de chaleur diffuse dans la partie malade, d'une sensation douloureuse et de gêne dans les moindres mouvements. Leur forme arrondie et circonscrite, leur mobilité pourront empêcher qu'on ne confonde cette inflammation avec celle de la capsule synoviale de l'articulation, ou avec un abcès sous-cutané. Dans le premier cas, l'articulation est uniformément gonflée dans toute sa circonférence; dans le second, la fluctuation est plus superficielle, la tumeur plus diffuse. Les circonstances commémoratives, la manière dont la maladie

a débuté ne permettront pas non plus de la confondre avec une tumeur blanche ou toute autre maladie de l'articulation. Ces tumeurs peuvent aussi en imposer pour un anévrysme des artères radiale et cubitale, ou bien des arcades palmaires ; mais, dans ces cas, l'erreur ne pourrait pas être de longue durée.

Enfin, il en est une dernière espèce qui affecte, d'une manière bien plus spéciale que les précédentes, l'articulation du poignet : je veux parler des tumeurs que M. Dupuytren (*Leçons orales*) attribue à des kystes hydatiques, et que M. Velpeau (*Anatomie chirurgicale*) dit être le résultat de quelque épanchement, soit sanguin, soit albumineux.

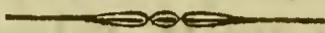
Il n'entre pas dans mon sujet de discuter quelle est de ces deux opinions celle qui se rapproche le plus de la vérité ; je dirai seulement que ces tumeurs se présentent sous des symptômes assez distincts pour que leur diagnostic puisse être long-temps une source d'erreur. Elles présentent, en effet, à peu près constamment le caractère particulier d'être doubles ; elles forment une sorte de bissac, c'est-à-dire qu'elles font en même temps saillie dans la paume de la main et sur le devant du poignet, séparées par un étranglement au niveau du ligament annulaire antérieur du carpe. Si l'on comprime la tumeur supérieure, elle s'affaisse sensiblement ; celle de la paume de la main devient plus volumineuse et plus tendue ; en appuyant sur cette dernière, un phénomène inverse se manifeste. On entend alors distinctement une crépitation, un bruissement, une sorte de frottement particulier que M. Dupuytren compare à celui que produiraient des grains de riz à demi-cuits qu'on ferait passer alternativement d'une poche dans la poche opposée, ou bien encore au bruit d'une chaîne à petits anneaux, enveloppée dans une bourse de peau, dont on presserait les chaînons l'un contre l'autre à travers les parois de la bourse : cette sensation en est, dit M. Dupuytren, le symptôme pathognomonique.

Ordinairement indolores, sans changement de couleur à la peau, ces tumeurs peuvent acquérir et acquièrent quelquefois un volume assez considérable pour gêner les mouvements de l'articulation.



QUATRIÈME QUESTION.

Des complications de la syphilis.



J'avoue que je suis encore à me rendre compte du sens bien précis de la quatrième question qui m'a été imposée. Que dois-je entendre, en effet, par complications de la syphilis? Sont-ce les maladies qui peuvent survenir pendant le cours d'une affection syphilitique; ou bien, au contraire, dois-je parler de celles qui, antérieures au virus vénérien, ont déjà détérioré la constitution, et existaient lorsque le sujet a contracté son affection vénérienne? Ou bien plutôt, dois-je me restreindre à ne parler que des symptômes qui, quoique constituant par eux-mêmes la syphilis, ne se présentent que quand l'infection est devenue générale et constitutionnelle? Il est difficile sans doute de sortir de ce dédale. Si, en effet, je m'arrête à la première catégorie, ne dois-je pas dire que toutes les maladies en général peuvent compliquer la syphilis? Est-il donc impossible qu'un vénérien contracte une pneumonie, une gastro-entérite, une fièvre intermittente, etc., s'il s'expose aux causes qui peuvent produire ces maladies? Mais alors j'aurais tout un traité de nosographie à faire, et je ne pense pas que ce soit l'étude qu'on ait voulu me donner. Si, au contraire, je choisis la seconde proposition, aurais-je atteint le but en émettant que la syphilis est souvent compliquée des diathèses scorbutique, dartreuse, scrophuleuse et rhumatismale? Mais ces maladies sont-elles assez inhérentes au virus syphilitique, pour que je doive les choisir de préférence sur toutes celles qui auraient dû composer la première catégorie? Nul doute que si un sujet atteint déjà de symptômes scrophuleux,

dartreux ou rhumatismal, contracte une maladie vénérienne, celle-ci ne sera plus compliquée que si elle était simple ; mais, dans ce cas, n'est-ce pas la syphilis, plutôt que ces diathèses elles-mêmes, qui sera la complication ? Enfin, serais-je plus près de la vérité en étudiant les symptômes consécutifs, secondaires de la syphilis, tels que les syphilitides, les iritis, l'alopecie, les douleurs ostéocopes, la périostite, l'ostéite, les tumeurs gommeuses, etc. ? Je ne le pense pas, car ces maladies sont elles-mêmes la syphilis, et je ne dois m'occuper que de ses complications.

En me résumant, je dirai que toutes les maladies peuvent compliquer la syphilis, mais que les complications qu'elle peut former avec les scrophules, le scorbut, le rhumatisme, sont à la fois et les plus fréquentes et les plus fâcheuses. Dans l'impossibilité où je suis de traiter en détail toutes les complications de la syphilis, je me bornerai à jeter un coup d'œil rapide sur les modifications que ces trois principales complications peuvent apporter au traitement.

Avant de passer à cet examen particulier, disons d'abord que les complications, quelles qu'elles soient, peuvent agir sur la constitution de deux manières différentes : ou bien la coexistence de la syphilis et d'un autre principe morbifique agissant comme elle sur tous les organes, donnera lieu à une combinaison des deux éléments morbides, en sorte que leur action deviendra simultanée, et leurs résultats différents de ce qu'ils sont dans l'isolement des deux principes ; ou bien ces complications ne seront qu'une altération des deux affections demeurées distinctes, conservant leurs propriétés malgré leur coexistence, mais débilitant la constitution beaucoup plus que ne pourrait le faire l'un ou l'autre élément, agissant seul et séparément.

Complications de la syphilis avec la diathèse scrophuleuse.

La complication de la vérole et des scrophules est commune, et peut se présenter sous deux conditions, qui toutes deux doivent être prises en considération par le praticien et le guider dans le traitement. Tantôt les scrophules préexistent, et la constitution en a été déjà plus

ou moins débilitée ; ou chez des sujets dont la conformation pouvait faire présager des accidents scrophuleux, ceux-ci se développent en même temps et marchent concurremment avec l'affection syphilitique. Dans le premier cas, il y a nécessité de fortifier la constitution avant d'en venir à des préparations anti-syphilitiques.

« Le temps, dit Delpech (*Clinique chirurgicale*), qu'il faut toujours
 « accorder en pareil cas au soin de la restauration des forces, pourrait
 « être redouté sous le rapport de l'accroissement de l'infection syphi-
 « litique ; cependant nous avons observé que cet inconvénient, toujours
 « fort grand en toute autre circonstance, l'est beaucoup moins dans
 « celle-ci ; les forces, une fois réparées, se prêtent bien plus utilement
 « à l'action des méthodes de traitement indiquées pour les deux prin-
 « cipes morbifiques. »

Dans le second cas, il faut s'attaquer à la syphilis, autant que son traitement n'aggrave pas la maladie concomitante, tout en s'occupant des soins de celle-ci. On trouve alors un grand secours dans la propriété à la fois anti-syphilitique et anti-scrophuleuse des préparations d'or, associées à l'action tonique du kina, des préparations martiales, des amers et du régime animal.

Complications de la vérole avec le scorbut.

La syphilis compliquée de scorbut est toujours accompagnée d'une faiblesse profonde ; l'excitabilité est obscure et difficile à mettre en jeu ; alors, les préparations mercurielles, même le sublimé (d'après Delpech, *ouvrage cité*), ne jouissent pas de propriétés excitantes suffisantes pour que leur action spécifique puisse être mise à profit. Ce chirurgien célèbre conseille de les accompagner de l'usage de quelque stimulant, et, à ce titre, il s'est très-bien trouvé de l'ammoniaque liquide. On peut aussi employer avec avantage les sucres de plantes fraîches prises parmi les chicoracées et les crucifères, des consommés de viande, un vin généreux et le kina.

Complications de la syphilis avec le rhumatisme.

La complication de la vérole avec le rhumatisme, dit Delpech, est une des plus fâcheuses; d'un côté, l'action du mercure, aussi bien que celle des préparations d'or, sur la maladie principale, semble totalement enrayée par l'influence du rhumatisme; en sorte que les symptômes syphilitiques ne cessent de s'aggraver pendant les efforts que l'on fait pour en arrêter le cours. D'un autre côté, les anti-syphilitiques de toute sorte paraissent augmenter l'aptitude de la constitution pour le rhumatisme; en sorte que, sous deux médications particulières et distinctes, capables d'agir sur l'un et sur l'autre principe, on risque de voir s'accroître à chaque instant les effets de l'un et de l'autre, en raison des soins que l'on se donne pour arrêter les progrès de la vérole seulement. Cette dernière semble alors livrée à elle-même, et parcourt ses périodes comme si elle n'eût été nullement attaquée; mais le rhumatisme s'aggrave réellement, en raison de l'action des anti-syphilitiques.

Chercher d'abord à faire cesser l'action du rhumatisme, tel sera le but des efforts du praticien. Delpech remplit cette indication avec grand succès, en faisant usage des extraits de plantes vireuses, de la jusquiame, de la belladone, de la ciguë, et notamment de l'aconit. Il a tiré le même parti des eaux minérales hydro-sulfureuses; souvent elles sont parvenues à faire disparaître les symptômes rhumatiques et syphilitiques; ou bien; en guérissant le rhumatisme seulement, elles ont mis les malades à même de mieux supporter ensuite les moyens propres à les guérir totalement de la vérole. Les bornes que je me suis imposées ne me permettant pas de pousser plus loin l'examen des autres complications de la syphilis, il me suffira de dire qu'elles ne doivent jamais être négligées. Si ce sont des affections aiguës de quelque importance, leur traitement doit être mis en première ligne, afin de réduire la vérole à sa plus grande simplicité, et ne s'attaquer à cette affection qu'autant que son traitement n'aggraverait pas la maladie concomitante.

FRACTURE COMMINUTIVE DE LA JAMBE DROITE,

suivie

DE QUELQUES CONSIDÉRATIONS PRATIQUES.

Il est peu de sujets peut-être qui aient donné lieu à de plus brillants travaux, que celui des amputations : le lieu, l'époque, l'opportunité et la manière d'y procéder, ont été tour à tour le sujet des méditations de nos grands maîtres ; et cependant, après les avoir lus successivement, les avoir suivis, opposant les faits aux faits, les raisonnements aux raisonnements, le praticien ne peut-il pas se trouver embarrassé, et ne lui est-il pas permis de s'écrier avec Celse (*lib. primus, præfatio*) : *Cur enim potius aliquis Hippocrati credat quam Herophylo ? Cur huic potius quam Asclepiadi ?* Ce ne peut être qu'avec une masse de faits aussi complètement observés que possible, qu'on peut arriver à la solution de questions qui se rattachent à un sujet d'une si grande importance.

Il est donc du devoir de ceux qui en désirent l'éclaircissement, de mettre au jour les observations qu'ils ont recueillies. C'est ce motif, Messieurs, qui m'a fait choisir l'observation suivante pour sujet de ma dissertation inaugurale ; je la ferai suivre de quelques considérations pratiques. Puissé-je, Messieurs, mériter toute votre indulgence pour la manière dont je les ai envisagées, et obtenir vos conseils sur la conduite que j'aurai à suivre dans des circonstances aussi pénibles, et que ma position de chirurgien militaire ne me donnera que trop souvent la fâcheuse occasion de mettre en pratique.

C..... brigadier au 4^e régiment de hussards, âgé de 28 ans, d'une forte constitution, d'un tempérament nerveux, se rendait, le ven-

dredi soir, 14 *avril* 1827, à un rassemblement de son escadron, lorsque, au détour d'une rue, son cheval s'abattit sous lui; sa jambe droite s'étant trouvée placée entre le cheval et le sol, il ressentit aussitôt un craquement et une douleur vive dans la partie inférieure; il chercha à se relever, mais la jambe ne pouvant supporter le poids du corps, il fut obligé de se laisser tomber une seconde fois. Transporté immédiatement à l'hôpital avec les plus grandes précautions, nous reconnûmes, à son arrivée, les symptômes suivants: dépression très-manifeste à la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur de la jambe; en portant les doigts le long de la face antérieure du tibia, on sentait aisément les inégalités de cet os; la jambe droite était plus courte de deux pouces que la jambe saine; les fragments chevauchaient l'un sur l'autre; la jambe présentait une grande mobilité; la crépitation était manifeste; le pied avait de la tendance à se porter en arrière et en dehors; des deux fragments, le supérieur, porté vers le côté antérieur et externe de la jambe, faisait saillie au-dessous de la peau, et avait donné lieu à une petite plaie de deux à trois lignes de largeur; du reste, peu de gonflement, point d'épanchement sanguin, point d'ecchymose, peu de douleur.

Doué d'une grande force d'âme, C..... quoique un peu maigre, jouissait habituellement d'une très-bonne santé; sa constitution est saine et n'a jamais été détériorée par des maladies antérieures, si ce n'est une fracture de l'humérus droit, à l'âge de quinze ans, qui est très-bien consolidée. Au moment du pansement, la petite plaie produite par le fragment supérieur donna issue à une esquille de la grosseur d'une lentille environ; la fracture fut réduite avec la plus grande facilité, et quelques efforts suffirent pour rendre à la jambe sa longueur et sa rectitude naturelles; le membre entouré de compresses résolatives, un bandage de Scultet médiocrement serré fut appliqué; la jambe fut placée sur des oreillers étendus du creux du jarret au-delà du talon, assez élevés pour qu'elle formât un angle droit avec la cuisse, le talon cependant un peu plus élevé que le genou.

L'état presque complet d'ivresse dans lequel se trouvait le blessé,

empêcha qu'on lui pratiquât immédiatement une saignée ; des affusions d'eau froide furent faites pendant la nuit, qui fut assez calme, quoique sans sommeil.

Le lendemain, 15 avril, le pouls est plein, fréquent ; la peau est chaude : saignée de douze onces, le bandage est peu serré et la douleur n'est pas plus vive, les affusions d'eau froide sont continuées. Dans la soirée, légère tendance au sommeil que le malade désire, sans pouvoir s'y livrer : potion avec une once de sirop diacode. La nuit est plus agitée que la précédente ; la potion a procuré cependant quelques heures de sommeil, assez souvent interrompu par des rêvasseries.

Le 16, troisième jour de la maladie, C. . . . se trouve fatigué ; la figure est plus souffrante ; il éprouve de l'accablement ; le pouls, la chaleur de la peau sont cependant presque dans l'état naturel ; on continue les ablutions d'eau froide ; le bandage est visité, la jambe n'offre toujours qu'une douleur peu vive ; le malade du reste répond très-bien aux questions qu'on lui adresse, il est calme et résigné. Vers midi, délire loquace et presque furieux, deux hommes peuvent à peine s'opposer aux efforts de C. . . . , il cherche à se lever, et pendant qu'on s'y oppose en le retenant par les bras, il parvient avec la jambe saine à renverser la jambe fracturée en dehors des coussins et à déranger toutes les pièces de l'appareil ; le pouls est plein, les pupilles sont dilatées. L'appareil est remplacé, serré seulement assez pour maintenir la réduction de la fracture ; la jambe est très-douloureuse, sans trop de gonflement ; le pied est assez fortement engorgé et présente çà et là quelques teintes violacées, on l'entoure de compresses trempées dans l'eau-de-vie camphrée : saignée de seize onces, suivie d'un peu de calme et d'un sommeil tranquille de deux heures. A six heures, nouveau délire aussi furieux que le premier ; le malade déplace de nouveau l'appareil et imprime à la jambe toute espèce de mouvements ; il parvient même à l'appuyer sur le sol, en cherchant à se soutenir sur elle : nouvelle saignée de douze onces, potion avec dix gouttes de laudanum de Sydenham. Le bandage est remplacé, toujours assez peu serré pour n'être que contentif ; la jambe est très-douloureuse, elle offre une

large ecchymose à sa partie inférieure, derrière les malléoles; le pied est fortement engorgé et douloureux. La nuit n'offre que quelques intervalles de calme. C. a toujours été dans une agitation continue; on ne peut parvenir qu'avec beaucoup de peine à le retenir dans le lit et à s'opposer à ses mouvements désordonnés.

Le 17, quatrième jour, à la visite du matin, accablement, prostration extrême; le pouls est petit, faible et très-fréquent; le malade dit n'éprouver aucune douleur, ni dans le pied, ni dans le lieu de la fracture; la peau est couverte d'une sueur froide et visqueuse, les traits du visage sont affaiblis, cependant l'intelligence est saine; le malade se félicite de ne plus éprouver de douleurs.

A la levée de l'appareil, le pied s'est trouvé froid et tout-à-fait insensible; un bistouri enfoncé à plusieurs lignes de profondeur ne fait éprouver aucune sensation; la peau est pâle et violacée; celle qui recouvre la partie inférieure de la jambe jusqu'au niveau de la fracture offre des teintes grisâtres, non circonscrites; le lieu où l'on avait remarqué la veille une ecchymose, est d'un noir livide; l'épiderme est en divers points séparé du derme, et forme des phlyctènes remplies d'un liquide brunâtre et trouble. En pressant de bas en haut, on fait sortir par la petite plaie de la jambe des bulles d'un gaz fétide; la jambe répand une odeur particulière.

A ces signes, qui n'eût reconnu que la gangrène s'était emparée du pied et de la partie inférieure de la jambe? L'amputation immédiate fut résolue à l'instant; quelques heures s'écoulèrent avant qu'on pût y procéder. Quand on revint près du malade, la gangrène, loin de se borner, avait envahi presque toute la jambe jusqu'à trois pouces à peu près de la tubérosité du tibia; une teinte bleuâtre se dessinait déjà sur le trajet de la saphène interne jusqu'au-dessous du genou; cependant la peau du creux du jarret était saine, ainsi que celle qui recouvrait les tubérosités du tibia. L'amputation circulaire, selon la méthode de Desault, fut pratiquée et ne présenta rien de particulier, si ce n'est que le tibia fut scié à un pouce et demi environ au-dessous de l'articulation tibio-fémorale, dans une direction oblique de bas en haut et

d'avant en arrière ; une petite portion de la tête du péroné qui restait ne fut pas enlevée ; les artères péronière et tibiale postérieure furent les seules qui réclamèrent le secours de la ligature faite avec deux fils de soie cirés ; on en retrancha un des bouts près du nœud, les autres furent ramenés à la partie la plus déclive de la plaie , qu'on laissa découverte pendant un quart d'heure avant de procéder au pansement. Les deux bords de la plaie furent rapprochés d'une manière immédiate, et maintenus par des bandelettes agglutinatives ; elle fut recouverte de charpie, assujettie par deux compresses placées en croix, retenues par un bandage circulaire. Le moignon fut placé un peu relevé sur des oreillers. C. . . . supporta l'amputation avec beaucoup de courage ; il perdit à peine quelques onces de sang. On lui donna quelques cuillerées de vin pur ; pendant le reste de la journée, il fit usage d'une potion calmante et anti-spasmodique, avec une infusion de tilleul pour boisson. L'examen du membre présenta les deux os de la jambe brisés en esquilles et en plusieurs fragments, comme broyés ; les muscles et les autres tissus étaient dans un état tellement complet de désorganisation, que quelques soins qu'on y apportât, il fut de toute impossibilité de reconnaître le trajet des nerfs et des principaux vaisseaux.

Tout répandait une odeur infecte et insupportable : cette désorganisation s'élevait plus ou moins haut suivant les régions du membre ; elle était cependant arrêtée à quelques pouces du lieu où l'amputation avait été pratiquée ; on n'avait opéré que sur des tissus dans un état d'intégrité parfaite. Le reste de la journée se passa sans accident notable, ainsi que la nuit qui fut assez calme, et pendant laquelle notre amputé goûta même quelques heures de bon sommeil.

Le 18, lendemain de l'opération, à la visite du matin, C. . . . avait le pouls petit et serré ; une sueur froide et visqueuse couvrait la face ; les forces étaient dans un état évident de prostration et d'affaissement : potion avec deux gros de quinquina. Dans la journée, même état du pouls, même prostration ; le moignon cependant ne répand aucune mauvaise odeur ; l'appareil seul est imbibé d'une sérosité sanguinolente : on continue le quinquina, et avec lui on administre quelques cuillerées

d'un vin généreux. Vers le soir, la peau prend une teinte légèrement ictérique ; le malade éprouve des nausées fréquentes, suivies de quelques vomissements.

Le 19, la prostration et l'affaissement sont plus prononcés, ainsi que la teinte ictérique de la peau ; le facies est pâle et décomposé : on continue l'usage du quinquina et du vin. Dans la journée, vomissements plus fréquents, soif ; la peau et les conjonctives sont d'une teinte jaunenoirâtre ; douleurs nulles dans le moignon : eau de Seltz, vésicatoire sur l'estomac.

Le 20, le malade répond à peine aux questions qu'on lui adresse, il n'accuse aucune douleur ; froid des extrémités ; le pouls est petit, extrêmement serré ; la face est grippée, cadavéreuse. Le malade succombe vers onze heures, ayant conservé jusqu'au dernier moment l'intégrité de ses facultés intellectuelles.

AUTOPSIE. La surface du moignon et les parties qui le constituaient étaient dans un état parfait d'intégrité, si ce n'est à la partie postérieure où il présenta, dans l'étendue d'une pièce de cinq francs, une ecchymose de couleur un peu noirâtre, qui, n'occupant que l'épaisseur de la peau, ne s'étendait nullement aux tissus intérieurs. La plaie était pâle, mais ne présentait pas cet aspect livide de la gangrène. Rien, ni dans l'odeur, ni dans la décomposition, n'annonçait que la gangrène se fût emparée du moignon. Les veines saphènes, poplitée, crurale, examinées avec beaucoup de soin jusqu'à leur origine du côté de la plaie, n'offrirent aucune rougeur ni inflammation ; le plus sévère examen n'y fit apercevoir aucune trace de pus ; la terminaison de la crurale et de l'iliaque externe était seulement obstruée par un caillot, qu'on détacha facilement des parois veineuses, lesquelles d'ailleurs n'étaient ni épaissies, ni ramollies, et n'offraient point de rougeur à leur face interne.

Nous devons ajouter immédiatement que les poumons et le foie, divisés avec le plus grand soin et dans toutes leurs parties, ont été trouvés sains, et n'ont offert en aucun point ni collection de pus toute formée, ni infiltration purulente ; il en était de même du cer-

veau, lequel, ainsi que ses membranes, était dans un état parfaitement sain. La cavité des plèvres contenait, à gauche seulement, un liquide séreux, dont la quantité fut évaluée à trois ou quatre onces; le cœur, pâle et décoloré, était vide de sang et de caillots. La membrane muqueuse de l'estomac était parsemée de plaques d'un rouge vif, principalement situées vers sa grande courbure. L'intestin grêle présentait vers la valvule iléo-cœcale quatre ulcérations; les glandes de Peyer étaient, à l'entour de ces ulcérations et à quelques distances dans l'intérieur de l'intestin, sensiblement développées. La vessie, les reins et la rate étaient dans l'état naturel.

RÉFLEXIONS. Devait-on faire l'amputation immédiatement après l'accident? L'amputation différée et la gangrène traumatique déclarée, fallait-il attendre, pour y procéder, que celle-ci fût ou non bornée? Enfin, l'amputation étant résolue, quel était le lieu où elle devait être pratiquée? Telles sont les questions qui se présentent naturellement à notre examen à la suite de cette observation, et sur lesquelles je jetterai un coup-d'œil rapide.

1° *Devait-on faire l'amputation immédiatement après l'accident?* L'Académie de chirurgie, en couronnant, vers le milieu du dernier siècle, le mémoire de Faure qui voulait que dans les blessures graves on différât l'amputation plutôt que de la pratiquer sur-le-champ, parut donner son assentiment à cette doctrine; cependant tous les chirurgiens de nos jours ont adopté l'opinion de Boucher, qui se prononça au contraire dans le même temps pour l'amputation faite immédiatement après l'accident.

Je ne passerai pas en revue les diverses raisons qui ont été successivement données pour ou contre cette manière d'agir; ce qu'il importe de savoir, c'est que des observations extrêmement nombreuses, recueillies par tous les chirurgiens modernes, ont prouvé que l'amputation faite immédiatement avait presque toujours une issue favorable. « Il est démontré pour tous, dit M. J. Cloquet (*Dictionnaire de mé-*

« *decine*), que dans les cas où l'amputation est jugée nécessaire, elle « doit être pratiquée sur-le-champ. » Cette doctrine est aussi soutenue par MM. le baron Larrey, Dupuytren, Gouraud, Pott, Guthrie, etc. Cette proposition une fois admise, toute la question se réduit à savoir de prime abord si l'amputation est ou n'est pas de rigueur. L'amputation immédiate devant être faite dans le premier cas, il est, au contraire, du devoir du chirurgien prudent, lorsqu'il lui reste quelque chance de conserver le membre, de temporiser et de ne se décider à le retrancher que lorsque rien ne permet de compter sur une guérison par d'autres moyens. Faisant l'application de ces opinions au cas particulier qui nous occupe, voyons si les signes de complication de la fracture de C. nécessitaient l'amputation immédiate.

L'amputation est indiquée, dit M. J. Cloquet (*loc. cit.*), dans les écrasements des membres, lorsque les os sont brisés en esquilles, lorsque les parties molles ont été broyées, réduites en une sorte de bouillie par l'action du corps vulnérant; quand la fracture est compliquée de la lésion des vaisseaux et des nerfs principaux du membre. Pott pense aussi que lorsque l'os ou les os sont cassés en différents fragments et dans une étendue considérable, lorsque la peau, les muscles, les tendons, etc., sont tellement lacérés, déchirés, détruits; enfin, lorsque les extrémités des os qui forment telle ou telle articulation sont brisées et en quelque sorte broyées, et que les ligaments qui unissent ces os sont déchirés et détruits, on a des raisons suffisantes pour conseiller et exécuter aussitôt l'amputation.

Ainsi, d'après ces deux auteurs, il faut que la fracture soit accompagnée de lésions graves et profondes, je dirai presque de destruction des parties molles, pour que l'amputation soit jugée indispensable. Or, la fracture de C. nous offrait-elle ces graves désordres? Non, puisque à peine la peau présentait une ouverture de quelques lignes, qu'une esquille seule, de la grosseur d'une lentille, s'est montrée à l'ouverture; d'ailleurs, nulle ecchymose, nul épanchement sanguin qui pût faire croire à la rupture des artères principales du membre. Le pied et la jambe étaient, il est vrai, peu douloureux; mais ne

restait-il pas assez de sensibilité pour faire supposer que les nerfs n'avaient été le siège d'aucune lésion? Ainsi donc, dans ce cas, l'amputation non-seulement pouvait, mais devait être différée.

Cette opinion est d'autant plus admissible que M. Velpeau (*Médecine opératoire*) donne le précepte qu'il est prudent de différer, de faire toutes les tentatives convenables pour éviter de mutiler le malade, même quand les muscles sont broyés, comme réduits en bouillie, pourvu que les tendons de quelques-uns d'entre eux restent intacts, et que la circulation des fluides au-dessous de la fracture ne soit pas impossible. Il a donc été raisonnable de penser que le diagnostic de la fracture de C. . . . n'était pas assez grave pour nécessiter l'amputation immédiate, et que, loin de faire croire à l'apparition de symptômes inflammatoires aussi intenses que ceux qui ont déterminé la gangrène, tout faisait supposer, au contraire, qu'on aurait triomphé des divers accidents généraux qui auraient pu se déclarer.

2° *L'amputation différée et la gangrène traumatique déclarée, fallait-il attendre, pour la pratiquer, que celle-ci fût ou non bornée?*
 Question des plus importantes et qui mérite toute l'attention que lui ont portée les chirurgiens les plus célèbres; mais elle est loin d'avoir été résolue par tous de la même manière. Pott (*OEuvres chirurgicales*) dit avoir vu souvent pratiquer l'amputation des membres sur lesquels la gangrène commençait à se manifester, mais qu'il n'e jamais vue accompagnée de succès, et qu'elle a constamment hâté la mort des malades; aussi professe-t-il que la pratique de l'amputation, tant que la gangrène fait des progrès, est la plus dangereuse et ne mérite aucune confiance. « Quelque soin, dit-il, que l'on prenne pour ne
 « diviser que les parties saines, on ne peut avoir de certitude à cet
 « égard, et le praticien le plus habile peut être induit en erreur; en
 « effet, la peau peut paraître parfaitement saine et sans inflammation,
 « tandis que les chairs qui recouvrent immédiatement l'os se trouvent
 « attaquées de gangrène. En supposant même que l'on incise des
 « parties molles qui ne présentent aucune apparence de maladie, si

« l'opérateur n'attend pas que les progrès de la gangrène se soient
« bornés, on la verra presque toujours s'emparer du moignon. »

Telle est aussi l'opinion de Richter. Sharp (*Recherches critiques sur l'état présent de la chirurgie, trad. française de Jault*) conseille encore un délai plus considérable; il veut qu'on ne pratique jamais l'amputation avant que la chute naturelle des parties soit déjà fort avancée. L'autorité de chirurgiens aussi célèbres est sans doute d'un très-grand poids; mais il existe trop d'exemples de succès obtenus, en suivant une pratique toute contraire, par MM. Larrey, Dupuytren, Guthrie et un grand nombre d'autres chirurgiens modernes, pour qu'il soit encore permis de suivre les conseils donnés par les anciens auteurs; bien entendu cependant qu'il n'est ici question que de la gangrène succédant à une lésion traumatique, et non de celles qui sont dues à une cause interne.

« Les médecins, dit M. Larrey, qui ont écrit sur la gangrène et le
« sphacèle des extrémités, conseillent de ne jamais faire l'amputation
« d'un membre sphacelé, avant que la mortification soit bornée ou
« limitée par un cercle rougeâtre, formant une vraie ligne de dé-
« marcation entre les parties mortes et les parties saines. Cette ligne
« ne se fera que dans les cas de gangrène spontanée, déterminée par
« une cause interne: ou si elle se manifeste, ce qui est rare, dans une
« gangrène produite par une cause vulnérante, la marche n'est pas la
« même et il serait très-imprudent de l'attendre; car presque toujours
« la gangrène traumatique continue ses progrès, l'infection devient
« générale et le malade meurt. En pratiquant promptement l'amputa-
« tion, on n'a pas à craindre que la gangrène survienne au moignon,
« comme dans la gangrène spontanée qui ne serait pas limitée, parce
« que la gangrène traumatique, après s'être développée par une
« cause locale, ne se propage que par absorption et par l'altération
« des tissus transmise par la continuité des vaisseaux, et qu'en effet
« l'amputation faite au lieu convenable en arrête les progrès et en pré-
« vient les suites funestes (*Mémoires de chirurgie militaire, t. III*). »
M. Larrey a été témoin de la mort de plusieurs individus, survenue

parce qu'on avait voulu suivre trop rigoureusement le précepte d'attendre que la gangrène fût bornée ; dès-lors, il résolut de s'écarter d'un principe qu'il avait toujours cru faux, et d'ailleurs, s'écrie-t-il, je préférerais suivre le précepte de Celse, c'est-à-dire employer un remède incertain, plutôt que d'abandonner le malade à une mort certaine : « *Satiùs est enim anceps auxilium experiri quàm nullum.* » Les faits nombreux que M. Larrey cite en faveur de son opinion, suffiront, je pense, pour justifier notre opération faite avant que les progrès de la gangrène fussent bornés ; avec eux n'est-il pas permis de dire que ce qu'avait établi Sharp est devenu incertain, et ne peut-on pas révoquer en doute la vérité des assertions émises par Pott ?

Il me reste maintenant à examiner si l'observation de C..... vient ou non à l'appui de cette pratique. Au premier abord on est tenté de se prononcer pour la négative, puisque la mort est survenue trois jours après l'amputation ; mais la gangrène marchait avec tant de rapidité que C..... n'aurait probablement pas vécu 24 heures si on n'eût pas fait l'opération. Le moignon, d'ailleurs, ne fut point affecté de gangrène : circonstance digne d'être prise en considération, puisque les adversaires de l'opération avancent que la gangrène du moignon est imminente lorsqu'on ampute avant que celle-ci ne soit bornée. Il existait d'ailleurs une circonstance fâcheuse qui mérite ici de fixer toute notre attention : au moment où C..... fut amputé, il régnait dans l'hôpital et parmi la garnison, je dirai presque une épidémie de fièvre typhoïde excessivement grave ; plusieurs de ses camarades avaient déjà succombé à cette affection ; d'autres étaient gravement atteints autour de lui, et plusieurs sont morts après lui. Or, tous les praticiens nous font connaître que les opérations faites dans des circonstances aussi défavorables ont souvent une terminaison malheureuse. On peut donc raisonnablement penser que la mort de C..... doit être attribuée à cette constitution épidémique, et qu'elle ne doit faire changer en rien la vérité de ce principe : qu'il faut faire l'amputation dans le cas de gangrène traumatique sans attendre qu'elle soit bornée. Je crois même, qu'à le bien prendre, ce fait vient à l'appui de cette

pratique, puisque, comme je l'ai dit plus haut, le moignon ne fut point attaqué de gangrène, et que c'est là la principale objection des auteurs de l'opinion contraire à celle que professe M. le baron Larrey.

3° *L'amputation étant résolue, quel était le lieu où elle devait être pratiquée?* Telle est la troisième question qu'il me reste à examiner. Il existe, pour l'amputation de la jambe, un lieu d'élection qui a été choisi par presque tous les praticiens: ce lieu d'élection est situé, pour la section des os, à deux ou trois travers de doigt de la tubérosité du tibia; là, disent les partisans de cette doctrine, l'expansion tendineuse des muscles couturier, grêle interne et demi-tendineux se trouve ainsi conservée. Le moignon, qui peut se fléchir ou s'étendre, offre assez de longueur pour que le genou porte solidement et sans gêne sur la jambe artificielle; plus haut, disent-ils, la scie traverse le tibia dans sa portion spongieuse et la plus épaisse, ce qui l'expose à la carie et à l'exfoliation. L'expansion fibreuse connue sous le nom de patte d'oie étant divisée, il y a obstacle à l'action de certains muscles de la cuisse sur le moignon. Le ligament de la rotule peut se trouver séparé de son insertion; la bourse muqueuse située au-dessous étant alors intéressée ainsi que les ligaments latéraux de l'articulation, il en résulte la rétraction de la rotule, l'inflammation de la synovie et diverses maladies de l'articulation du genou qui peuvent rendre une autre amputation indispensable.

Tels sont les motifs qu'on invoque à l'appui du précepte dont il vient d'être question; motifs qui paraissent à ces auteurs tellement justes, qu'il vaut mieux, d'après eux, amputer la cuisse que de scier le tibia dans cette partie supérieure. Toutefois, des observations nombreuses ont permis à M. Larrey de s'élever avec force contre cette doctrine. Dans la campagne d'Egypte, M. le baron Larrey pratiqua deux amputations très-près de l'articulation fémoro-tibiale, presque au niveau de la tête du péroné qu'il jugea à propos d'emporter; les succès heureux dont elles furent couronnées, bannirent loin de lui la crainte qu'il avait d'amputer au milieu de la tête épaisse du tibia;

car il n'en résulta ni carie de cette partie spongieuse de l'os, ni affection de l'articulation, ni ankylose du moignon, et la plaie se guérit aussi bien que si l'amputation avait été faite au lieu ordinaire d'élection. Depuis, M. Larrey a fait un grand nombre d'opérations semblables, et le succès a toujours été aussi heureux qu'en amputant à la distance ordinaire du genou. Toutefois, pour conserver l'attache du ligament rotulien et laisser intacte la bourse muqueuse qui se trouve derrière lui, M. Larrey veut qu'on applique la scie plus ou moins obliquement d'avant en arrière et qu'on enlève la tête du péroné. Pour ce qui est de l'amputation pratiquée dans l'épaisseur de la tubérosité du tibia, M. Velpeau partage l'opinion du baron Larrey : « Pratiquée
 « même à un pouce au-dessous de la cuisse, l'amputation de la jambe,
 « dit-il dans sa *Médecine opératoire*, doit être préférée à l'amputation
 « de la cuisse, dans les cas où il y a de la difficulté à en agir autre-
 « ment. La section des tendons du couturier, du grêle interne, du
 « demi-tendineux, du biceps et du ligament rotulien, n'empêche pas
 « ces organes de conserver, par la suite, leur action sur l'extrémité
 « supérieure de la jambe; là, il n'y a plus d'espace inter-osseux;
 « l'artère poplitée est la seule qu'on ait à lier; il n'y a du moins que la
 « péronière et la tibiale postérieure qui puissent exiger aussi du
 « secours; la tête du péroné peut être enlevée.

« L'amputation de la jambe se rapproche alors de l'amputation des
 « membres dont le squelette n'est formé que d'un seul os. L'état spon-
 « gieux du tibia, loin d'être un inconvénient, offre, au contraire,
 « l'avantage de rendre la réunion immédiate, le développement des
 « bourgeons cellulaires plus facile et plus prompt. »

Si, à l'opinion de ces deux chirurgiens célèbres, nous ajoutons celle de Bronsfield, de MM. Guthrie et Garrigue qui l'approuvent formellement, n'aurons-nous pas des raisons suffisantes pour expliquer la préférence que nous lui avons donnée dans l'observation de C. sur l'amputation de la cuisse.

Quant à la question de savoir si cette observation vient à l'appui de cette pratique, on conçoit facilement que, la mort étant survenue si

promptement, on n'a pu savoir quel résultat on aurait obtenu. Cependant, comme rien ni pendant ni après l'opération n'a donné lieu à faire craindre qu'on eût ouvert la synoviale du genou, ni que la substance spongieuse du tibia en contact avec le pus n'ait donné lieu à la phlébite et à la résorption du pus, puisque après la mort on n'a trouvé, à l'autopsie, aucune des altérations qui annoncent la présence de ce fluide dans l'économie, ce fait peut donc venir prendre place à côté des cas cités par Larrey, et doit, à mon avis, encourager à marcher sur ses traces dans de pareilles circonstances.

FIN.

Faculté de Médecine

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

| | |
|---------------------------------------|---|
| MM. CAIZERGUES, DOYEN, <i>Examin.</i> | <i>Clinique médicale.</i> |
| BROUSSONNET, PRÉSIDENT. | <i>Clinique médicale.</i> |
| LORDAT. | <i>Physiologie.</i> |
| DELILE. | <i>Botanique.</i> |
| LALLEMAND. | <i>Clinique chirurgicale.</i> |
| DUPORTAL. | <i>Chimie médicale.</i> |
| DUBRUEIL. | <i>Anatomie.</i> |
| | <i>Pathologie chirurgicale, Opérations et Appareils.</i> |
| DELMAS. | <i>Accouchements, Maladies des femmes et des enfants.</i> |
| GOLFIN. | <i>Thérapeutique et matière médicale.</i> |
| RIBES. | <i>Hygiène.</i> |
| RECH. | <i>Pathologie médicale.</i> |
| SERRE. | <i>Clinique chirurgicale.</i> |
| BERARD. | <i>Chimie générale et Toxicologie.</i> |
| RENÉ. | <i>Médecine légale.</i> |
| RISUENO D'AMADOR, <i>Suppl.</i> | <i>Pathologie et Thérapeutique générales.</i> |

Professeur honoraire : M. AUG. - PYR. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

| | |
|-------------------------------|--------------------------|
| MM. VIGUIER. | MM. FAGES. |
| KÜNHOLTZ. | BATIGNE. |
| BERTIN. | POURCHE. |
| BROUSSONNET. | BERTRAND. |
| TOUCHY. | POUZIN. |
| DELMAS. | SAISSET. |
| VAILHÉ, <i>Examineur.</i> | ESTOR, <i>Suppléant.</i> |
| BOURQUENOD, <i>Examineur.</i> | |

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.